Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 25 listopada 1882. **№ 47.** **Rok XXI.**

I. Z prosektoryjum szpitala powsz. we Lwowie.

Pęknięcie jelita skutkiem obżarstwa.

Napisał Dr. W. Pisek,
b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

Przypadek, którego opis ośmielam się niniejszém podać, należy ze względów patogenetycznych do nader rzadkich. Przerwanie jelit jest wprawdzie zjawiskiem nieraz napotykaném na stole sekcyjnym, szczególnie w przypadkach urazowych, jak w tym roku już dwukrotnie miałem sposobność przekonać się. Okoliczności jednakowoż sprzyjające w przypadku opisać się mającym niepomyślnemu przebiegowi i zejściu są tego rodzaju, iż zdają mi się być godnemi zastanowienia. Przegląd literatury dostępnéj mi wykazuje, że przypadek ten należy do n a d e r w y j ą t k o w y c h; podobnego przynajmniéj opisu nie zdarzyło mi się czytać nawet w dziełach sądowo-lekarskich, albowiem autorowie stwierdzają tylko nader ogólnikowo fakt, że przerwanie jelit nieraz i skutkiem rozdęcia gazami może powstać.

Obserwacyja choréj trwała zbyt krótko zaledwie godzin kilka, dla tego też szczegóły odnośne są nader skąpe. Zawdzięczam je uprzejmości kolegi Dra Fleszara, podaję też takowe według jego zapisków:

„Chorą widziałem po raz pierwszy o godzinie 5téj wieczór dnia 11 lipca 1882. Opowiadała mi, że dnia poprzedniego zjadła d u ż o jabłek, gruszek i bobu. Odtąd czuje wciąż bóle w brzuchu. Wymiotów chora nie miała, lecz tylko stolec kilka razy. Badanie wykazuje kobietę dwudziestokilkoletnią dość dobrze odżywioną. Na twarzy miernie sinéj wyraz głębokiego cierpienia. Badanie płuc i serca daje wynik ujemny. Brzuch miernie wzdęty, bolesny na całéj przestrzeni, wypuk stłumiono-bębenkowy. Chora niespokojna, bardzo lękliwa. O godzinie szóstéj podano dwie łyżki olejku rącznikowego, które chora natychmiast wymiotowała. Z tego powodu podano nieco (0·005) morfinu i znów dwie łyżki olejku rącznikowego i zalecono lawatywę (Hegara) z trzech łyżek olejku rączn. i wody letniej (1 litr). Wewnętrznie podano nieco koniaku i zalecono ciepłą kąpiel, poczém chora miała kilka obfitych stolców, uspokoiła się nieco a nawet na chwilę zasnęła. O godzinie jedenastéj żali się na ogromne bóle coraz się wzmagające, lawatywy z letniéj wody są bezskuteczne, pojawiają sie silne niczém niepohamowane wymioty, ogólny zapad a w chwil kilka chora żyć przestaje.“

Oględzin pośmiertnych mogłem dopiero dokonać po upływie blizko 34 godzin, dnia 13 lipca 1881 r..

Zwłoki kobiety dobrze rozwiniętéj i należycie odżywionéj. S k ó r a sucha z odcieniem żółtawym. C z a s z k a prawidłowa. Opony miękkie i mózg w całości dość znacznie przekrwione. Klatka piersiowa sklepista. P r z e p o n a wysoko ustawiona, znacznie wypuklona ku jamie piersiowéj, sięga do 4go przestworu międzyżebrowego. P ł u c a oba miejscami poprzyrastane pasmami włóknistemi do ścian klatki piersiowéj, w częściach tylnych sinawe, w dolnych przybrzeżnych łykowate, bezpowietrzne. Przekrój ich przedstawia zresztą zabarwienie ciemno-czerwone, w częściach górnych i przodkowych bledsze, a miąższ cały zalewa się śród przekrawywania mierną ilością pienistéj krwawéj surowicy. S e r c e małe, wiotkie, rozkurczone, w jamach swych nieco świeżo skrzepłéj krwi zawierające, o śródsierdziu prawidłowém, o mięśniu sercowym nieznacznie tłuszczowo przeistoczonym. Ciężar serca 230grm. P r z y n a c i ę c i u t u ż p o n i ż é j m o s t k a m o c n o w z d ę t y c h p o w ł o k b r z u s z n y c h, z i e l o n k o w a t y c h n a c a ł y m o b s z a r z e, ś c i ś l e o d p o w i a d a j ą c e m u r o z m i a r o m j a m y b r z u s z n é j, w y d o b y w a j ą s i ę z t é j ż e z e z n a c z n y m, k i l k a s e k u n d t r w a j ą c y m, s y k i e m, g a z y m o c n o k a ł e m c u c h n ą c e. O d w i n ą w s z y n a s t ę p n i e n a d e r o g l ę d n i e p ł a t y p o w ł o k b r z u s z n y c h s t w i e r d z o n o, ż e p r z y o t w i e r a n i u j a m y b r z u s z n é j a n i ż o ł ą d e k a n i j e l i t a s i e c i ą p o k r y t e n i e u l e g ł y n a d w e r ę ż e n i u, ż e z a t é m

gazy wydobywające się mieściły się wolno w jamie brzusznéj i przyczyniły się w części również do olbrzymiego rozdęcia powłok brzusznych. Sieć duża pokrywała prawie w zupełności od przodu pętle jelitowe, a swym brzegiem dolnym była kilkoma silnemi zrostami włóknistemi przyczepiona do otrzewny ściennéj. W całości sieć była ciemno-czerwoną silnie drzewkowato nastrzykniętą, miejscami nawet pokryta cienką warstwą świeżéj wypociny włóknikowéj. Nadto tak na saméj sieci jak niemniéj po bokach, między jelitami a ścianami brzusznemi leżały okruchy miazgi szarawéj, białawéj, wśród któréj można było łatwo rozeznać zgotowany bób, tu i owdzie zaledwie rozmiękły, prawie całkowicie w swéj cieniutkiéj blado żółtéj, cisawéj łupince utrzymany. Obok tego wśród miazgi zielonkowatéj drobne cząstki łupin (skórki) bobu zgotowanego z charakterystyczną łatwo rozeznać się dającą wnęką. Ująwszy ostrożnie sieć dużą przeciąłem ją poprzecznie i odwinąłem połówki jéj ku górze i ku dołowi. Przy téj sposobności przekonałem się, że istnieje kilka włóknistych zrostów sieci z jelitami i ze ścianami brzusznemi bocznemi. Ułożenie jelit na pierwszy rzut oka prawidłowe. Wszystkie są mniéj lub więcéj mocno gazami wzdęte. Otrzewna ich, prócz znamion nader silnie rozwiniętéj świeżéj sprawy zapalnéj (rozległego drzewkowatego nastrzykania naczyń, miejscami kropkowatych wybroczyn, obecności pokładu świeżéj włóknikowéj drobno strzępiastéj wypociny), okazywała rozległe białawe zgrubienia, a miejscami widoczne nawet są nader silne zrosty poszczególnych pętli jelitowych między sobą. Tyczy się to szczególniéj okolicy jelita ślepego, gdzie w kierunku ku miednicy małéj pętle jelita cienkiego przedstawiały zbity niedający się rozwikłać kłąb. Nie chcąc jednak naruszyć względnego położenia pętli poprzestano w téj chwili tylko na stwierdzeniu otworu w jelicie, którędy treść tegoż do jamy brzusznéj się dostała. Otóż jedna z pętlic, któréj łuk wystawał z kłębu i najdaléj był ku miednicy małéj wysunięty, okazywała **dwa rozdarcia**, których wzajemna odległość do 5cm. wynosiła. Długość pętli téj widoczna, wysterczająca z pod kłębu jelit pozrastanych, wynosi 8—10cm. Wypukłość jéj zwrócona jest ku miednicy, powierzchnią swą dolną i odcinkami, końcowym i początkowym, jest silnie poprzyrastana krótkiemi włóknistemi pasmami do otoczenia, tak iż wymieniona pętla jest prawie w zupełności unieruchomioną. Ta pętla wraz z kilkoma innemi rozmaicie między sobą i z otoczeniem, z kiszką ślepą, z odbytnicą, pozrastanemi stanowi kłąb wielkości blizko główki dziecięcéj, zajmujący wchód miednicy, tak iż prawie niepodobną jest rzeczą wsunąć dłoń w miednicę małą. Owa pętla przerwana sterczy z głębi tego nieruchomego zwoju. W jéj odcinku prawym, zwróconym ku prawéj pachwinie, widoczną jest przerwa poprzeczna całego światła jelita tak iż zaledwie ślad ściany znachodzi się przy krezce, któréj drobny odcinek ledwie jest widoczny. W otworze (w miejscu pęknięcia) ściany jelita nieco wzdętego tkwi gruda miazgi pokarmowéj, wielkości jaja kurzego, złożona z wyraźnie rozeznać się dającego bobu ugotowanego, śladu żółtawego kału i miazgi zielonkowatéj (cząstki owoców spożytych) w części szarawéj. Przy polewaniu wodą oddziela się ta miazga a ze światła jelita wydobywa się, przez widoczny teraz dokładnie otwór, w obfitéj ilości treść zupełnie podobna. Powyżéj otworu wspomnianego na 4cm. w kierunku początku jelita cienkiego znachodzi się drugi otwór kolisty 3cm. średnicy mający tuż przy brzegu krezki, na powierzchni przedniéj (górnéj) pętli. I w tym otworze tkwi taka sama miazga pokarmowa, przeważnie z bobu ugotowanego złożona, zamykając luźno przystęp do światła jelita. Drugi ten otwór w części zasłonięty jest przez ukośnie ułożoną, ponad nim przebiegającą, silnie poprzyrastaną pętlę jelita cienkiego. Bliższe obejrzenie otworu większego wykazało, że zaledwie 5mm. ściany przedniéj i 5mm. ściany tylnéj jelita oddziela przerwę od (brzegu jelitowego) krezki. Brzegi pęknięcia są prawie linijowe, odpowiadające przebiegowi okrężnych włókien mięsnych, których pokład nieznacznie skurczony nie sięga ściśle do brzegu utworzonego wyłącznie przez otrzewnę i błonę śluzową. Odczynu znaczniejszego w częściach przybrzeżnych przerwy nie można stwierdzić. Otrzewna równie przekrwiona jak na innych częściach jelita. Same brzegi po oczyszczeniu ich z treści pokarmowéj również nie przedstawiają znaczniejszych różnic. Prócz nieznacznego obrzęku surowiczego rozciągającego się i na przylegające bezpośrednio części światła jelita, nie uważa się zmian wybitniejszych. Toż samo tyczy się i otworu drugiego owalnego, mniejszego. Nader mozolne a ostrożnie dokonane odpreparowanie kłębu jelit *in situ* wykazuje, że najsilniejsze zrosty usadowiły się tuż po wewnętrznéj stronie jelita ślepego, że przerwanie jelita większe odnosi się do jelita cienkiego na jeden metr powyżéj zastawki Bauhina [1]. I tylko niezwykle licznym zrostom tkanki łącznéj należy przypisać okoliczność, że ten odcinek jelita cienkiego znalazł się w bezpośredniém sąsiedztwie jelita ślepego. Zrosty tworzą miejscami istne pokłady warstwowe z tkanki łącznéj, spajające w téj okolicy poszczególne pętle jelita cienkiego w najróżnorodniejszych kierunkach. Niemniéj widać i ścianę jelita grubego na znacznych przestrzeniach pozrastaną pasmami włóknistemi tak z pętlami jelita cienkiego jak i ze ścianami brzusznemi, tak iż tylko ostrożnie preparując można uzyskać pogląd na przebeg jelit. I w miednicy małéj, w przestworze Douglasa, w sąsiedztwie pęcherza również liczne zrosty z tkanki łącznéj trzew odnośnych. Błona śluzowa jelita cienkiego tak w części, wśród których przerwanie nastąpiło jak i na rozległych przestrzeniach dalszych i bliższych okazuje gruczołki odosobnione znacznie powiększone, wydatne, sterczące ponad powierzchnię w postaci szarawych guzków wielkości główki od szpilki, miejscami szczególniéj w dolnym odcinku jelita biodrowego błona śluzowa jest nieco drzewkowato nastrzykniętą. Treść jelita cienkiego odpowiadała w zupełności téj miazdze, jaka wolno w jamie brzusznéj się znachodziła. W jelicie zstępującém było jednak nieco kału żółtawego. O innych trzewach jamy brzusznéj nie wiele mamy do powiedzenia. Wątroba licznemi zrostami tkanki łącznéj poprzyczepiana do sąsiedztwa, o brzegach tępych, na przekroju brunatnawo żółta, o budowie zrazikowéj zamazanéj, niewydatnéj, sucha, znacznie kruchsza. Wnęka i przyrząd żółciowy nie wykazują zmian. Śledziona o prawidłowych rozmiarach. Torebka okazuje liczne zgrubienia mlecznobiałe nieregularnego kształtu, miąższ jednostajny ciemno czerwony, łykowaty. Nerki nieznacznie bier-

[1] Według zdania Hyrtla ta właśnie część jelita bywa najczęściéj także i treścią przepuklin (*Descriptive Anatomie*, wydanie 13. str. 620).

nie przekrwione; istota korowa miejscami okazuje w znaczniejszym stopniu zmiany tłuszczowe. Miedniczki i moczowody niezmienione. W miednicy małéj, pomiędzy znachodzącemi się tu trzewami, grudy miazgi pokarmowéj, wśród któréj z łatwością rozeznać można bób ugotowany nadto w zaułkach nieco płynnéj ropnéj wypociny obok strzępków świeżego włóknika. Macica nieco większa, ku stronie prawéj pochylona, w tém położeniu zrostami utrzymywana. Mięsień blady, grubszy, twardy, jama macicy, jajniki prawidłowe. Pęcherz moczowy niezmieniony.

Rozpoznanie anatomiczne było następujące: *Ruptura intestini ilei duplex ex ingestis. Effusio ingestorum (faba cocta et pyrorum partic.) in cavum peritonaei. Peritonitis fibrinopurulenta acutissima* [1]. *Residua peritonitidis chronicae fibrosae adhaesivae universalis. Concretio ansarum ilei, praecipue ansae dilaceratae in regione intestini coeci.* (*Perihepatitis, perisplenitis chronica fibrosa*). *Catarrhus acutus intestini tenuis (praecipue ilei) nec non coli. Residua perimetritidis chronicae cum metritide chronica. Oedema acutum pulmonis utrq.* (*Atelectasis e compressione marginum infer. poster.* (Dok. nast.).

II. Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim.

Wykonał Dr. Walery Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

18) Doświadczenie s. (Rozczyn $H_2Mg_2CO_2+Na_2SO_4$).

A) Utworzono rozczyn z 6·670 gr. chem. czystego i wyżarzonego siarkanu magnowego, jakotéż z 11 0028 gr. chem. czystego wyżarzonego węglanu sodowego w 500 kcm. wody przekroplonej i wprowadzano do niego tak długo kw. węglowy (oczyszczając go przez przepuszczenie przez dwie opłuczki zawierające jedna rozczyn sody a druga kawałki marmuru), aż osad zupełnie się wyjaśnił a rozczyn papierków kurkumowych nie zmieniał, papierki lakmusowe jeszcze błękicił. W skutek działania soli na siebie w rozczynie skład odsetkowy tegoż z obliczenia na podstawie powyższych odważonych ilości przedstawia się:

Siarkanu sodowego = 1.558 gr.
Węglanu magnowego = 0·934 gr. (rozpuszczony jako kwaśny)
Bezwodnika siarkowego = 0·889 gr.
Chlorku magnowego = 0·444 gr.

500 kcm. tego rozczynu dano do wypicia o 8 g. 17 m. 17 rano naczczo przy ciepłocie 17°C.; poczém badany spokojnie siedział kiedy po 20 min. nastąpiło obfite wypróżnienie, a

B) O g. 8 m. 48 zdołano wyciągnąć 340 kcm. płynu żółtawego odziaływania alkalicznego. Ciecz ta wykazała następujący skład odsetkowy:

Na_2SO_4 = 1·263 gr.
$MgCO_3$ = 0·624 „ (rozpuszczony w cieczy jako kwaśny)
SO_3 = 0·712 „
MgO = 0 297 „

Chloru { 31 25kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3$ czyli 0·1106 gr. Cl.

Obliczenie to wynika z następujących rozbiorów chemicznych:

10 kcm. cieczy żołądkowéj zakwaszonéj kwasem solnym i strąconéj za pomocą chlorku barowego wydały 0·2075 $BaSO_4$.

Zaś 10 kcm. z téj saméj cieczy zagotowane po dodaniu kw. siarkowego, a potém strącone fosforanem sodowym wydały 0·0833 $Mg_2P_2O_7$; a inne 10 kcm. z téj cieczy bez poprzedniego dodania H_2SO_4 strącone za pomocą fosforanu sodowego wydały 0·0823 $Mg_2P_2O_7$.

Jeszcze inne 10 kcm. przesączonéj cieczy żołądkowéj zobojętnione za pomocą kw. azotowego zużyły w dwóch próbach 3·10 i 3·15 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Zmiana w stosunku zawartości odsetkowéj soli cieczy *A* i *B* przedstawia się:

	Na_2SO_4	: $MgCO_3$
W cieczy zadanéj	1·558	: 0·934=1·666
„ „ żołądkowéj	1·263	: 0·624=2·024

z czego wynika, że ilość węglanu magnowego względem siarkanu sodowego znacznie się zmniejszyła i to

$$\alpha = \frac{2{\cdot}024}{1{\cdot}666} = 1{\cdot}215 \text{ razy}$$

ztąd zgęszczenie obydwu soli w cieczy żołądkowéj odniesione do cieczy zadanéj przedstawia wyraz:

$$MgCO_3 \underset{1.215}{<} : Na_2SO_4$$

przyczém zauważyć należy, że liczba 1·215 zastósowana do ilości wessania węglanu magnowego względem siarkanu sodowego może wypaść nieco mniejszą jeżeli nie cała ilość magnu w żołądku znajduje się jako węglan magnowy lecz część jego jako $MgCl_2$; zawsze jednak z ostatniego stosunku wnioskować należy, że wessanie kwaśnego

$$MgCO_3 > Na_2SO_4$$

Dokładniejszy wyraz na różnicę we wessaniu soli magnowéj a siarkanu sodowego otrzyma się, jeżeli w sposób powyższy porówna się nie sole, lecz zmianę zgęszczenia między SO_3 a MgO.

	SO_3	: MgO
W cieczy zadanéj	0·889	: 0·444=2·002
„ „ żołądkowéj	0·712	: 0 297=2·398

Zawartość odsetkowa MgO względem SO_3 w cieczy żołądkowéj zmniejszyła się

$$\alpha = \frac{2{\cdot}398}{2{\cdot}002} = 1{\cdot}198 \text{ razy}$$

a stosunek w cieczy żołądkowéj stał się

$$MgO \underset{1.198}{>} : SO_3$$

a ztąd różnica w stosunku wessania MgO względem SO_3,

$$MgO \underset{1.198}{>} SO_3$$

który to wyraz nie zgadza się z doświadczeniami 12 i 13 jakotéż 7, 8, 9, 10, 11, gdzie wszędzie znaleziono wessanie połączenia magnowego mniejsze, niż siarkanu sodowego lub SO_3; co ma tę przyczynę, że tu użyto węglanu magnowego kwaśnego w obec nadmiaru kw. węglowego, a który to węglan okazuje się jako bardzo łatwo wessalny w żołądku.

19) Doświadczenie *t*. (Rozczyn $Na_2SO_4+HNaCO_3+H_2MgCO_3+NaCl$).

A) Aby się o zachowaniu węglanu magnowego kwaśnego w żołądku przekonać, powtórzono poprzedzające doświadczenie w ten sposób, że utworzono 1 litr rozczynu z chemicznie czystych, wyżarzonych i przybliżenie odważonych następujących soli: siarkanu magnowego i dwa razy

---

[1]) Ze zapalenie ostre otrzewny musiało już być rozwiniętém, gdy nastąpiło przedarcie jelita, wykażę poniżéj.

tyle węglanu sodowego, a to w celu by się cała ilość $MgSO_4$ zamieniła na węglan magnowy i został jeszcze nadmiar Na_2CO_3; nadto dodano jeszcze do rozczynu chem. czystéj stopionéj soli kuchennéj dla zbadania jéj wpływu na wessanie. Do otrzymanego rozczynu wprowadzano CO_2 (przepuszczony przez rozczyn sody i marmur) dopóty, dopóki osad w téjże nie znikł, a na papierki lakmusowe przestał alkalicznie oddziaływać. 500 kcm. téjże cieczy o ciepłocie 16°C. podano o 8 g. 8 m. rano naczczo do wypicia poczém badany spokojnie siedział aż do następnéj aspiracyi. Obliczenie z rozbioru chemicznego wykazało następujący skład odsetkowy zadanego rozczynu:

SO_3=0·807 gr.
MgO=0·517 „
Na_2CO_3=1·083 „
Na_2SO_4=1·378 „
$MgCO_3$=0·965 „
NaCl=0·901 „

Chloru: { 154·5 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego, czyli 0·5469 gr. Cl.

Co wypada z następujących oznaczeń:

10 kcm. rozczynu strącone za pomocą $BaCl_2$ dały 0·2724 $BaSO_4$;

10 kcm. rozczynu strącone fosforanem sodowym wydały 0·1437 $Mg_2P_2O_7$.

10 kcm. rozczynu zadanego, zagotowano kilkakrotnie, aż się zmącenie więcej nie tworzyło, następnie przesączono, sączek wymyto do oddziaływania obojętnego i całą ilość przesączu zmiareczkowano kwasem solnym dziesiętnonormalnym, którego zużyto do wywołania stałego czerwonego zabarwienia, nie znikającego po zagotowaniu 20·45 kcm. 10 kcm. cieczy zadanéj po zobojętnieniu kw. azotowym zużyły 15·45 dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego.

B) O 8 g. 39 m. zdołano wyciągnąć jeszcze 450 kcm. płynu białawego ciągnącego się, na papierki lakmusowe działającego alkalicznie, lecz kurkumowych nie zmieniającego w cieczy téj obliczony z rozbioru chemicznego skład odsetkowy wynosi:

SO_3=0·578 gr.
MgO=0·301 „
Na_2CO_3=0·792 „
Na_2SO_4=1·045
$MgCO_3$=0·640 (rozpuszczony w rozczynie
NaCl=0·829 jako kwaśny).

Chloru: { 142·1 kcm. dziesiętnonorm. rozczynu $AgNO_3$, czyli 0·5031 gr. Cl.

Uskuteczniono bowiem rozbiór cieczy żołądkowéj w następujący sposób:

50 kcm. odparowano w łaźni wodnéj a następnie wysuszono przy 120°C. Pozostałość płukano tak długo wodą gorącą przez sączek, aż przesącz przestał oddziaływać alkalicznie. Otrzymano w ten sposób 350 kcm. przesączu czyli siedm razy pierwotnie rozcieńczoną ciecz żołądkową. W téj cieczy uskuteczniono następujące oznaczenia.

75 kcm. przesączu strącone za pomocą $BaCl_2$ dały 0·1839 $BaSO_4$.

50 kcm. tego samego przesączu zużyły w dwóch próbach po 10·7 kcm. kw. solnego dziesiętnonormalnego; inne 50 kcm. przesączu wypotrzebowały w dwóch próbach 10.2 i 1·01 dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3$;

10 kcm. pierwotnéj cieczy żołądkowéj dłuższy czas z kw. siarkowym gotowane a następnie fosforanem sodowym strącone wydały 0·0837 $Mg_2P_2O_7$.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Dla zmiany w stosunku zawartości odsetkowéj pojedynczych soli w cieczy *A* i *B* mamy wyrazy:

	SO_3		MgO	
W cieczy zadanéj	0·807	:	0·517	= 1·561
„ „ żołądkowéj	0·578	:	0·301	= 1·920

co znaczy, że ilość magnezyi względem bezwodnika siarkowego zmniejszyła się:

$$\alpha = \frac{1·920}{1·561} = 1·229 \text{ razy}$$

ztąd stosunek zawartości odsetkowéj składników w cieczy żołądkowéj w porównaniu z cieczą zadaną stał się dla

$$MgO \underset{1.229}{<:} SO_3$$

a różnica w ubytku odsetkowym (wessaniu) tych składników:

$$MgO \underset{1.229}{>} SO_3$$

stała się nie tylko zgodną z poprzedzającém doświadczeniem, lecz jeszcze większą.

Dla innych składników w ten sam sposób przeprowadzone porównania przedstawiają się:

	Na_2SO_4	:	$MgCO_3$ (rozpuszczony jako	
W cieczy zadanéj	1·378	:	0·965	= 1·428 kwaśny)
„ „ żołądkowéj	1·026	:	0·640	= 1·603

co znaczy że stosunek zawartości odsetkowéj $MgCO_3$ względem Na_2SO_4 zmniejszył się

$$\alpha = \frac{1·603}{1·428} = 1·123 \text{ razy,}$$

a sam stosunek cieczy żołądkowéj względem zadanéj będzie

$$(\text{kwaśny})MgCO_3 \underset{1.123}{<:} Na_2SO_4$$

Mając wzgląd na to, że w obec węglanu magnowego w cieczy żołądkowéj znajdował się równocześnie węglan sodowy, że zatém nic węglanu sodowego nie mogło przejść na $MgCl_2$, należy uważać wyraz

$$(\text{kwaśny})MgCO_3 \underset{1.123}{>} Na_2SO_4$$

jako dokładny dla ubytku odsetkowego (wessania) obydwu soli względem siebie po upływie 31 minut. Wynik ten również zgodny z doświadczeniem poprzedzającém.

Podobnie otrzymamy zestawienia dla węglanu sodowego kwaśnego i takiegoż magnowego:

	Na_2CO_3 (kw.)	:	$MgCO_3$ kw.	
W cieczy zadanéj	1·083	:	0·965	= 1·122
„ „ żołądkowéj	0·792	:	0·640	= 1·237

ztąd

$$\alpha = \frac{1·237}{1·122} = 1·100$$

a zmiana zgęszczenia soli w cieczy żołądkowéj

$$\text{kw. } MgCO_3 \underset{1.100}{<:} \text{kw. } Na_2CO_3$$

w skutek tego wyraz dla zachowania się wessania względnego będzie

$$\text{kw. } MgCO_3 \underset{1.100}{>} \text{kw. } Na_2CO_3$$

co znaczy, że wessanie węglanu magnowego kwaśnego w żołądku jest większe niż sodowego, przyczém różnica wessania obydwu soli jest jeszcze większą, niż ją wskazuje liczba 1·100, a to z powodu, że ubytek węglanu sodowego nie tylko pochodzi od wessania ale raczéj po większéj części od zmiany jego na NaCl przez sok żołądkowy.

Dla siarkanu sodowego i węglanu sodowego kwaśnego otrzymujemy: Na_2SO_4 : Na_2CO_3 (kw.)

W cieczy zadanéj 1·378 : 1·083 = 1·272

„ „ żołądkowéj 1·045 : 0·792 = 1·319

$$\text{ztąd zamiennik } \alpha = \frac{1{\cdot}319}{1{\cdot}272} = 1{\cdot}116$$

a zmiana w zgęszczeniu soli w rozczynie *B.*

$$Na_2CO_3 \text{ (kw.)} \underset{1.116}{<} : Na_2SO_4$$

a ztąd wyraz na wessanie względne obydwu soli

$$Na_2CO_3 \text{ (kw.)} \underset{1.116}{>} Na_2SO_4;$$

któryto wyraz, oznaczający większe wessanie żołądkowe węglanu sodowego kwaśnego niż siarkanu sodowego, z powodu następującego zestawienia należy uważać jako prawdopodobny,

$$MgCO_3 \text{ kw.} \underset{1.123}{>} Na_2SO_4 \text{ a } MgCO_3 \text{ kw.} \underset{1.100}{>} Na_2CO_3 \text{ kw.}$$

tj. różnica między wessaniem dwóch pierwszych soli jest większa, niż dwóch drugich, dla tego i węglan sodowy kwaśny, jako więcéj zbliżony do najłatwiéj wessalnéj soli ($MgCO_3$ kw.) w większéj ilości bywa wessany niż sodowy. Okazuje się ztąd, że węglany kwaśne są łatwiéj wessalne niż siarkany, że zatém kw. węglowy sprzyja wessaniu żołądkowemu, lecz uwzględniając otrzymaną ilość odsetkową węglanu sodowego (0·792%) w cieczy żołądkowéj w tém a mniejszą w 15 doświadczeniu (0·678%) należy powtórzyć uwagę czynioną w dośw. 16 że węglany kwaśne mniéj pobudzają błonę śluzową żołądka do wydzielania kwasu, aniżeli obojętne; a nareszcie i tu obecność soli kuchennéj pomimo obecności węglanów kwaśnych sprawiła zatrzymanie się większéj ilości płynu w żołądku, niż w dośw. 18, w którém wcale soli kuchennéj nie dawano, zgodnie z wynikami doświadczenia 15 i 17. Mając ostatecznie zestawione następujące wyniki wessania

$$MgCO_3 \text{ kw.} \underset{1.123}{>} Na_2SO_4$$

$$MgCO_3 \text{ kw.} \underset{1.100}{>} Na_2CO_3 \text{ kw. i}$$

$$Na_2CO_3 \text{ kw.} \underset{1.116}{>} Na_2SO_4$$ widzimy, że po upływie pół godziny $\overline{MgCO_3 \text{ kw.} \underset{1.100}{>} Na_2CO_3} \text{ kw.} \underset{1.123}{>} Na_2SO_4$ bywa wessany. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Semmola (Neapol): **Jodoform i jego skuteczność w leczeniu chorób płucnych.**

Semmola używał już od dłuższego czasu jodoformu w chorobach płuc i oskrzeli, szczególniéj w procesach połączonych z rozpadem serowatym. Już przed 3ma laty ogłosił dodatnie wyniki swych doświadczeń na Zjeździe lekarzy w Amsterdamie. W ubiegłych trzech latach przekonał się, że spostrzeżenia jego dotychczasowe nad skutecznością jodoformu są prawdziwemi, i że jodoform działa bardzo dobrze w całym szeregu chorób dróg oddechowych, jak np. w zapaleniu płuc oskrzelowo-pęcherzykowém, w zapaleniu oskrzeli, w dychawicy itd. Spostrzeżenia te potwierdzili Ciaramelli, Bufalini i Rummo. Jodoform w zapaleniu płuc oskrzelo-pęcherzykowém, serowatém, sprawia następujące skutki: 1) Odplowanie znacznie się zmniejsza. Równocześnie zmniejsza się kaszel, a nawet niekiedy ustaje zapewne skutkiem znanego znieczulającego miejscowego działania jodoformu. 2) Wydzielina nagromadzona w oskrzelach lub w małych jamach, powstałych w skutek rozpadu serowatego, ulega dezinfekcyi. 3) Gorączka widocznie z każdym dniem się zmniejsza, co autor przypisuje działaniu odwietrzającemu jodoformu. 4) W niektórych przypadkach widocznem jest ograniczenie procesu chorobowego, a nawet znaczne polepszenie w samym procesie chorobowym miejscowym. 5) Wygląd i stan chorych ogólny widocznie się poprawia, a w przypadkach, gdzie zaczęto leczyć w samym początku choroby, następowało nawet zupełne wyleczenie. Semmola poleca jodoform wewnętrznie w ilości 5 do 50 centigramów na dzień, stósownie do tego, jak przewód pokarmowy znosi ten lek. Najczęściéj zapisuje S. lek ten w pigułkach z *Extr. gentianae*, podając chorym co 2 a najwyżéj co 1 godzinę po 1 pigułce. Jeżeli chorzy źle znoszą jodoform wewnętrznie podawany, poleca Semmola inhalacyje z jodoformu rozpuszczonego w terpentynie, 3 do 4 razy dziennie (według Rummy). Ciarmelli, który potwierdza w zupełności spostrzeżenia Semmoli, zaleca jodoform w następującéj formie: *Rp. Jodoformi 10·0, Plv. Lycopod. 0.40, Extr. Phellandrii 1.00, M. f. pill. decem. DS.* 3 do 5 pigułek na dzień. (*Allg. med. Centr. Ztg.* 1882, str. 856). *Dr. Kopff.*

Kocher: **Najprostsze środki leczenia ran przez bezpośrednie zlepienie bez użycia sączków.**

Do znacznego już zastępu środków przeciwgnilnych, polecanych przez różnych chirurgów, przybywa jeszcze jeden, mianowicie podazotan bizmutu, zalecany przez K. bardzo gorąco. Już dawniéj porzucił K. kwas karbolowy w leczeniu ran, używając zamiast niego 0·2% rozczynu chlorku zynku. Spostrzeżenia bowiem kliniczne pouczają, że w przeciwgnilném ran leczeniu ważną odgrywają rolę zmiany chemiczne, powstające w tkaninach przez zadziałanie na nie użytego środka przeciwgnilnego, utrudniając przez to mniéj lub więcéj rozwój istot zakaźnych na powierzchni rannéj. Otóż doświadczenie przekonało K., że białkan zynku zostawiony na wolném powietrzu gnije dopiero po dniach 30, podczas gdy połączenie białka z karbolem z powodu ulatniania się tego ostatniego ulega gniciu już w dniu następnym. Pod tym więc względem chlorek zynku miałby pierwszeństwo przed kwasem karbolowym. Jednak właśnie z powodu tego silnego łączenia się z białkiem tkanin chlorek zynku działa zawsze żrąco, przeszkadzając przez to czasem bezpośredniemu zlepieniu się powierzchni rannych, nie nadaje się więc do każdéj rany. Nadto doświadczenia Boilleta przekonały, że chlorek zynku nie działa tak trwale przeciwgnilnie jak używane w ostatnich czasach opatrunki proszkowe, a zwłaszcza proszek jodoformu. Jodoform jednak, mimo wielu zalet, ma także swoje ujemne strony. Pomijając już bowiem jego własności trujące, wymagające zawsze znacznéj ostrożności śród użycia tego proszku, ma on i tę wadę, że nie działa wcale z dali tak, że chcąc samym jodoformem uczynić ranę bezgnilną należy całą jéj powierzchnię natrzeć dobrze jodoformem, co znowu przeszkadza bezpośredniemu zagojeniu się a zatém jodoform nie nadaje się do leczenia ran, gdzie nam właśnie zależy na takiém zagojeniu. Z tych powodów szukał K. innego lepszego środka i zwrócił uwagę na podazotan bizmutu, używany od dawna w medycynie wewnętrznéj jako środek ściągający i wstrzymujący nieprawidłowy rozkład treści przewodu pokarmowego. W obec tego zaś, że np. Manneret podawał chorym 8 do 60 gramów bizmutu dziennie bez wywołania zaburzeń, można było wnosić o nieszkodliwości tego środka dla organizmu; chodziło

więc tylko o oznaczenie jego własności przeciwgnilnych, a i pod tym względem doświadczenie przemówiło za bizmutem. Mięso roztarte z proszkiem bizmutu i nalane wodą zwyczajną zostawiał K. kwadrans w spokoju, poczém odlewał wodę mętną a natomiast dolewał czystéj i stawiał naczynie z tym roztworem w ciepłocie 40 stopni. Roztwór taki pozostawał 60 godzin do 6 dni zupełnie czysty, poczém pozostawała na powierzchni powłoka pleśni a zmętnienie całéj cieczy następowało dopiero koło dnia 8 lub 9. Trzustka zmięszana z bizmutem gnije dopiero po 5 dniach, podczas gdy zmięszana z jodoformem ulega gniciu już dnia następnego. Według doświadczeń Mürseta zaś trzustka zmięszana z bizmutem w ilości 10 do 20% ulega gniciu dnia następnego, dodanie zaś do 50% bizmutu wstrzymuje gnicie zupełnie. Nadto przekonał się K., że prątki zaszczepione na galarecie zaprawionéj 10% bizmutu nie rozwijają się wcale.

Opierając się na tych doświadczeniach zaczął K. stósować bizmut w leczeniu ran. Przekonawszy się poprzednio, że bizmut tak samo jak jodoform nie działa całkiem z dali, nacierał najpierw całą ranę proszkiem bizmutu, jednak przy postępowaniu tém bizmut przeszkadzał bezpośredniemu gojeniu się rany, a nadto w 6 przypadkach wystąpiły objawy zatrucia bizmutowego (raz z zejściem śmiertelném) w postaci ostrego zapalenia błony śluzowéj jamy ustnéj, bólu brzucha, biegunki i zapalenia nerek. W moczu tych chorych dał się wykryć bizmut, na dziąsłach i błonie śluzowéj jelit powstawały czarne plamy bizmutowe.

Wkrótce też przekonał się K., że stósowanie tak wielkich ilości bizmutu jest całkiem zbyteczne, i 1% roztworu tego środka wystarcza zupełnie.

Roztwór ten przyrządza K. w ten sposób, że bardzo miałki proszek podazotanu bizmutowego rozciera powoli z wodą aż otrzyma zawiesinę, w któréj bizmut jest rozdzielony zupełnie jednostajnie. Roztworem tym skrapia K. ranę podczas operacyi, a po zespojeniu nakłada wzdłuż szwu gęstą papkę z bizmutu, która wysychając tworzy powłokę dość twardą. Drugą zmianę, jaką K. stósuje w leczeniu ran, jest usunięcie sączków; K. bowiem jest zdania, że sączki niezbędne przy dotychczasowém leczeniu ran przeszkadzają również bezpośredniemu gojeniu się. Aby się ich pozbyć, należy zapobiedz tworzeniu się jakiéjkolwiek wydzieliny w ranie już zamkniętéj. W tym celu tamuje K. przy każdéj operacyi krwotok jak najstaranniéj, przez podwiązanie każdego krwawiącego miejsca katgutem, nadto stara się zbliżyć jak najbardziéj powierzchnie rany w całéj ich rozciągłości za pomocą ucisku wywieranego przez paski elastyczne opatrzone po obu końcach kawałkami plastra lepiącego tak, że dadzą się założyć w dowolnym kierunku, następnie przykłada na ranę gazę zmaczaną w 10% roztworze bizmutu, na to przychodzi wata, ceratka i zwyczajna opaska. Po 1 do 3 dniach, gdy w ranie nie ma już żadnéj płynnéj wydzieliny, zespaja ją K. dokładnie za pomocą szwu, wzdłuż którego nakłada gęstą papkę z bizmutu.

Tym sposobem, nazwanym przez K. metodą szwu następowego, leczył on 36 ważnych przypadków operacyjnych z bardzo pomyślnym skutkiem, jak się to okazuje z następnego zestawienia:

Wypiłowań stawu biodrowego	przypad. 5	wylecz.	w 39 do 43 dn.
„ „ kolanowego	„ 4	„	„ 24 „ 47 „
„ „ łokciowego	„ 3	„	„ 18 „ 28 „
„ „ ręki	„ 1	„	„ 34 „
„ „ Choparta	„ 2	„	„ 21 „
„ „ szczękowego	„ 1	„	„ 23 „
Wypiłowanie 1 kości śródstop.	przyp. 1	wyleczenie	„ 11 dniach
Amputacyja uda	„ 1	„	„ 32 „
Złamanie powikłane barku	„ 1	„	„ 32 „
Operacyj radykalnych przepuklin	4	„	„ 11 do 25 „
Wycięcie krtani i części połyku	1	w leczeniu,	przebieg dobry
Kastracyi	„ 2	wyleczenie	w 9—11 dn.

Wycięcie nowotworów (*Cystoma mammae; Lymphoma colli; Ranula submental.*) przyp. 3 wyleczenie w 7 do 14 dniach. (*Samml. klin. Vortr.* Nr. 224). *Dr. Schramm.*

Wiadomości pomniejsze.

(X.) **Zacieśnienie pierścionkami palców opuchniętych.** Dr. Fleury zaleca w *Gazette des Hôpitaux* w takim przypadku sposób bardzo pojedyńczy, niekrwawy, niewymagający przepiłowania pierścionka. Palec napuchnięty obwija się tasiemką sprężystą gumianą od jego końca stopniowo aż do pierścionka, nie zostawiając pomiędzy pojedyńczemi skrętami najmniejszego wolnego miejsca i uciska powoli umiarkowanie i łagodnie. Po takiém obwinięciu rękę trzymać należy podniesioną w górę. We 20 minut palec znacznie staje się cieńszym, lecz jeszcze niedostatecznie, dla tego na nowo go się tak samo obwija, trzyma jeszcze przez 20 minut a potém odwinąwszy szybko tasiemkę, zesuwa bez wielkich trudności pierścionek. (*Journal de Thérapeutique*, 20, 1882).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z Walnego zebrania członków Wydziału lekarskiego Tow Przyj. Nauk w Poznaniu d. 24 czerwca 1882.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

W dyskusyi nad referatem kol. Kaczorowskiego zabrał pierwszy głos kol. Jerzykowski wspominając o złym skutku chininu w sześciu przypadkach duru, a mianowicie w czterech jelitowego i w dwóch wysypkowego, w których po wyżyciu znacznych dawek chininu (3—4grm.) nastąpił znaczny opadek sił i śmierć. Najwidoczniéj zaś ujemny ten wpływ chininu przedstawił się kol. Jerzykowskiemu w przypadku, gdzie chory na dur zażywając chinin bez skutku po zaniechaniu tegoż doznał polepszenia. Gdy jednakże dziewiątego dnia brat chorego lekarz, skłonił kol. J. do podania 1 grm. chininu, nastąpiła w skutek porażenia serca rychła śmierć.

Według kol. Koszutskiego kwestyja kąpieli w praktyce prywatnéj upada z powodu braku odpowiedniego urządzenia z jednéj, a oporu członków familii z drugiéj strony. Radzi więc trzymać się nadal przemywań, obwijań i okładów zimnych, które nietylko obniżają ciepłotę, ale także i miejscowo błogi wpływ wywierają na bieg chorób. Co do środków wewnętrznych podziela odrazę Oppolzera do wielkich dawek, mianowicie u dzieci, u których nawet po małych dawkach chininu spostrzegał głuchotę i utratę mowy. W zapaleniu płuc nigdy kąpieli nie stosuje, a sposób leczenia kol. K. polega na podawaniu małych dawek chininu z morfinem. Zdaniem kol. Zielewicza dyskusyja nad tym przedmiotem mogłaby kilka zająć posiedzeń, bo gorączka zawsze żywo obchodziła lekarzy. Zastanawiając się nad skutecznością chininu zapytać się trzeba, czego używali przodkowie. Chinin zawsze ważną odgrywał rolę w medycynie, nawet w czasach nihilizmu; a Dietl nie znał prócz niego żadnych innych środków przeciwgorączkowych. Kol. Z. nie przypomina sobie, ażeby kiedykolwiek więcéj nad 1 grm. był podał, bezskuteczność chininu przypisuje fałszowaniu tego środka; sami bowiem aptekarze przyznają się, że nie są pewni, ażali chinin nie jest zanieczyszczony rozmaitemi przetworami pomocniczemi. W salicylu widzi kol Z. środek porażający serce. Salicylanu sodowego nie podawał nigdy w takich dawkach, które sprowadzają upadek sił i śmierć. Co do kąpieli zaś, to nie zgadza się z kol. Kuszutskim, ażeby takowych w prywatnéj praktyce nie można stosować. Kol. Grodzki

wspomina, że 1,5 grm. salicylanu sodowego wywołało ponownie u téj saméj osoby nagły upadek sił, podczas gdy sam bez skutku podobną zażył ilość. Kol. Koszutski przemawia jeszcze za użyciem chininu naskórnie z alkoholem. W końcu zabiera głos gość kol. Dr. Czesznak i objawia swoje zapatrywania na przedmiot, którym jako lekarz szpitalny i to w oddziale chorób wewnętrznych, zajmował się od dawna. Streszcza zaś takowe w ten sposób: Kąpiele są we Lwowie na porządku dziennym nawet w obec zapalenia płuc. Chinin wykluczony, bo po nim jakoteż po salicylanie sodowym nie znachodził Dr. Cz. znacznego obniżenia ciepłoty. Dawał po 1 grm, mianowicie w durze: jest wielkim, nawet fanatycznym zwolennikiem kąpieli, lubo nie tai, że skutek zależny jest od cechy nagminnéj chorób. Kąpiele, których używa, mają najmniéj 22°R. ciepłoty, która następnie obniża się powoli przez oblewanie wodą z nieznacznéj wysokości. Skutki przytém są bardzo dobre, chorzy przebywają dur bez odleżyn, a nawet bez ociekowego zapalenia płuc. Gdy ciepłota ciała po kąpieli opada, chory kąpie się rzadziéj, a gdy opadnie na 38°C., obywa się zupełnie bez kąpieli. Z innych środków, których prócz kąpieli w szpitalu lwowskim w durze się używa, wymienia mleko, koniak, wodę sodową itd. Zadaje się zaś 2 łyżki oleju rącznikowego, jeżeli zatkanie w kiszkach; jeżeli zatkanie jest niżéj, najstosowniejszém natenczas jest wstrzyknięcie przyrządem Hegara. Przebył on sam dwa razy dur leczony w powyżéj wymieniony sposób. Zabójczych skutków chininu i salicylanu sodowego, nie doznawał, zadawając środki te tylko w małych dawkach w obec znacznéj gorączki. Używając zaś ich w połączeniu z 1 grm. salicylu, 0,2 węglanu sodowego, z małemi dawkami chininu, nie spostrzegał nigdy niepokojących objawów. Co do zastrzykiwań podskórnych morfinu w zapaleniu płuc, przyznaje ich skuteczność, ale zachwala więcéj zastrzyknięcie 2% roztworu kwasu karbolowego i to po kilka strzykawek Pravaza, a mianowicie zachwala te zastrzykiwania jako środek znieczulający. Kąpieli pokojowych u warstwy ludności uboższéj naturalnie stosować nie można, nadają się one jednak dobrze w domach warstwy majętniejszéj, chodzi tylko o to, aby mieć ludzi, którym można poruczyć tę czynność. Dr. Kaczorowski twierdzi, że takie samo obniżenie ciepłoty można osiągnąć zalecaném przez niego stosowaniem powietrza zimnego, po którém spostrzegł obniżenie ciepłoty o 1 stopień. Dr. Czesznak pozostawia chorych swych dniem i nocą przy otwartych drzwiach i oknach właśnie dla obniżenia powietrza. Dr. Zielewicz przypomina, że od dawna praktykowano to już we Lwowie, lecz zaniechano téj praktyki, odkąd pewien chory kolega w napadzie gorączki wyskoczył oknem. Dr. Czesznak nadmienia, iż okna teraz są zakratowane, a przypadek ów wydarzył się w czasach, w których zakład znajdował się w lichym stanie. Dr. Kaczorowski wzywa kolegów, ażeby podawali swoje zapatrywania na skutki użycia zimnego powietrza. Uwagą kol. Zielewicza, że dla naszych chorych najlepszém klimatyczném powietrzem jest polskie powietrze, zakończyła się nader ożywiona nad tym przedmiotem rozprawa, poczém niebawem posiedzenie zamknięto, a zgromadzeni uczestnicy podziękowali gościowi za umiejętne przewodnictwo.

Dr. Wicherkiewicz
Sekretarz.

V. Zaraza morowa i cholera na Wschodzie w roku 1881.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

W obec tak groźnego stanu rzeczy, Zarząd służby zdrowia w Konstantynopolu nie mógł pozostać długo obojętnym. Wypadało zaniechać wpatrywania się w uroczy widok Bosforu, zaniedbać przez chwilę słodkiego pławienia się w aromacie dymów papierosowych, przywołać członków rozpierzchłych po Europie i jéj przyjemnych zdrojowiskach i z pośpiechem zająć się spełnianiem sanitarnych obowiązków. Zaledwie więc wiadomość o istnieniu zararazy morowéj potwierdziła się, turecki Zarząd służby zdrowia, porozumiawszy się z delegatami komisyi międzynarodowéj, pospieszył z zastósowaniem wszystkich rozporządzeń i środków ku umiejscowieniu zarazy w jéj ognisku. W. Porta drogą telegraficzną przesłała rozkazy do gubernatora Bagdadu i komendantów wojskowych polecając popierać usiłowania władz sanitarnych, oddając ich rozporządzeniu wszystkie zasoby. W ten sposób, około ognisk zarazy zdołano szybko utworzyć łańcuchy wojskowe, złożone z oddziałów piechoty i jazdy. Pierwszy z takich łańcuchów, zwany miejscowym, otaczał każdy punkt dotknięty. Drugi łańcuch otaczał ogół miejscowości zakażonych. Trzeci wreszcie zewnętrzny, zwany odwrotnym, składały posterunki obowiązane zwracać wszystko, co zdołało ujść baczności pierwszych. Ostatnia ta linija była w związku z systemem kwarantanowym ustalonym w Musseibie, Mohavil i Samawa. Urządzenie tych stacyj sanitarnych, gdzie podróżni musieli przebywać dni 15, było tém konieczniejsze, ile że setki pielgrzymów Szeitów, w większéj części Persów, objęto liniją łańcuchów sanitarnych już w początkach zarazy, i że teraz było niepodobieństwem pozwolić im dalszéj podróży, bez poprzedniego poddania się przepisom kwarantanowym. Ku większéj ostrożności i dla zabezpieczenia Europy i krajów pobliskich Zarząd zdrowia i Rada międzynarodowa nakazały rozciągnąć jeszcze czwarty łańcuch, dokoła całéj prowincyi bagdadzkiéj. Od początku więc 15-dniową kwarantanę ustanowiono w Bassorze dla zabezpieczenia się od strony zatoki perskiéj. Rząd Szacha nakazał powstrzymać pielgrzymkę swych poddanych i zakazał transportu trupów do Mezopotamii urządziwszy posterunek sanitarny w Kasri-Chyrin. Dzięki posterunkom w Tykrycie na Tygrze i w Kifry, zabezpieczono drogi biegnące na północ od Bagdadu ku Sulejmanii i Mussulu. W Syryi linija kwarantan między Eufratem, Alepem i Damaszkiem, przecinała wszelką komunikacyję między Bagdadem i Syryją, obowiązując do 15-dniowéj kwarantany podróżnych przybywających z tamtych okolic. Przestrzeń zaś od Nedzeffu na południe, a mianowicie droga prowadząca do tego punktu przez pustynię do Medyny i Mekki, pozostała otwartą, a to z powodu że pielgrzymka Muzulmanów do Arabii ukończyła się.

Co do środków i sposobów doradzanych i zastósowywanych w celu oczyszczenia miejscowości dotkniętych i zniszczenia tam zarodków choroby, to radzono tu sobie spaleniem odzieży i narzędzi, namiotów i lepianek, słowem niszczono wszystko, co tylko uledz mogło sile ognia. Daléj wypróżniano domy bez różnicy czy one były z cegły lub z kamienia. Lecz w zastósowaniu tego środka napotkano silny opór mianowicie w Nedżeffie, gdzie tylko niektóre domy zdołano wypróżnić i poddać przewietrzeniu. Dotknięci zarazą byli umieszczani pod namiotami lub w wyłącznych ambulansach poddanych najsurowszemu dozorowi sanitarnemu. Wreszcie poddawano wszystkie podejrzane przedmioty oczyszczeniu ogniem lub właściwemi środkami chemicznemi.

W chwili ukazania się strasznéj téj plagi, Zarząd zdrowia wysłał do miejsc dotkniętych zarazą siedmiu lekarzy. Nadto zaangażowano kilku lekarzy i felczerów wojskowych z Bagdadu, w większéj części Europejczyków, którzy już mieli sposobność obserwowania zarazy. W ten więc sposób z liczbą dwudziestu prawie lekarzy można było pospieszyć z pomocą ludności dotkniętéj i uorganizować służbę zdrowia. Wiemy jednak na nieszczęście, jak jest niedostateczną wszelka pomoc niesiona w podobnéj okoliczności, gdzie nie dba się tyle o wyleczenie ile się czuwa nad zastósowaniem środków, mogących złagodzić przynajmniéj samą potęgę złego. I w istocie wszystko, co z całem poświęceniem było stósowaném, okazało się bardzo wątłym środkiem do zapanowa-

nia nad siłą zarazy. Walcząc więc i nie szczędząc starań, czekano z upragnieniem nadejścia silnych upałów, w nich bowiem spodziewano się znaleźć prawdopodobną i naturalną przeszkodę dla szerzenia się złego. Długie bowiem doświadczenie przekonało, że zaraza morowa w Mezopotamii ustępowała sama przez się, gdy ciepłota pory roku doszła do 40° lub 42°C. Ciepłota więc podzwrotnikowa prawie okazała się najpotężniejszym środkiem przeciw zarazie morowéj, będącéj plagą klimatów umiarkowanych. Słowem przeszłoroczna epidemija w okolicach południowo-zachodnich „Irak-Arabi“ (straszna przez swą gwałtowność i niezwykłą śmiertelność, któréj uległo przeszło 20 tysięcy mieszkańców), pozostała jednak uwięzioną w bagnistych okolicach Eufratu. Środki zaś zastósowane przeciwko zarazie stanowiły prawdziwe tylko szranki, oddzielające okolicę dotkniętą od Europy, która w ten sposób mogła być pewną, że międzynarodowa służba zdrowia zrobi wszystko, co jest niezbędne w obec grozy położenia. Ściśle rzecz biorąc podobne zapewnienie wystarcza na dzisiaj. Przyszłość jednak może się stać bardziéj wymagającą, mianowicie gdy przypuścimy, że pewnego dnia porzecze Eufratu zostanie przecież połączone z Mezopotamiją i Syryją drogami szybkiéj komunikacyi. Zniszczenie więc zarazy w głównych jéj ogniskach staje się i jest od dzisiaj koniecznością pierwszorzędną, z którą codziennie winniśmy się obliczać.

W drugiéj zaledwie połowie maja, zaraza w „Irak-Arabi“ uległa pomyślnemu zwrotowi. Nie rozszerzywszy się na poblizkie okolice ustała także w swych pierwotnych ogniskach w El-Zayad i Dżaara. Tylko w Nedżeffie śmiertelność przechodziła liczbę 50 osób dziennie, lecz tylko w częściach miasta niewypróżnionych. Pośród zaś ludności pozostającéj pod namiotami, po za obrębem miasta, choroba nie istniała. Dopiero śród wielkich usiłowań dokonane wypróżnienie domów sprowadziło najprzód obniżenie się liczby przypadków śmierci, a wreszcie w połowie czerwca zupełne zniknięcie choroby. Od téj téż chwili Nedżeff jest wolny od zarazy. W pierwszych dniach czerwca choroba poczęła także znikać w Kuffie, Chenafieh i Hamadat, szerząc się jednak z nadzwyczajną gwałtownością w El-Zakra i Dessim. Wreszcie d. 27 czerwca Dr. Cabiades delegowany przez Komisyję sanitarną do Dżarra, doniósł Zarządowi centralnemu, że na całéj przestrzeni teatru epidemii zauważano jeszcze 22 przypadków śmierci, i dwa nowe pojawy zarazy. Były to już jednak przypady łagodniejsze, którym głównie uległo pokolenie Arabów Miszab. Z liczby kilkunastu lekarzy tak cywilnych jak i wojskowych, jeden tylko uległ zarazie morowéj, nabywszy jéj na noclegu pod namiotem Szecha pokolenia Miszab. Była to widoczna nieostrożność ponieważ wiedziano, że pod tym samym namiotem kilka już osób padło ofiarą zarazy.

W ciągu 1881 roku średnia ciepłota w Irak Arabi była niższą niż zwykle, a nadejście upałów bardzo się opóźniło. I tak w końcu maja średnia ciepłota w Nedżefie nie przechodziła 30°C., a w połowie czerwca doszła tylko do 35°C. Wiadomo jednak, że zwykle w podobnéj epoce ciepłota w okolicach dolnego Eufratu dochodzi do 40°C. i wyżéj. Temu obniżeniu się ciepłoty towarzyszyły częste i obfite deszcze, niekiedy burze i trąby powietrzne, w innych latach rzadko tu spostrzegane.

Kiedy jednak i w jaki sposób wybuchła zaraza, jakie były jéj postęp, formy kliniczne, siła i stosunek śmiertelności, jaki stopień i sposób zaraźliwości, słowem jakie szczegóły cechowały zarazę morową w Irak Arabi w r. 1881? o têm nie posiadamy dotąd żadnych wiarogodnych sprawozdań. Tego jednak oczekuje ogół lekarski, i należy się spodziewać, że turecki Zarząd służby zdrowia pospieszy z uporządkowaniem dowodów, które posiada, i odpowie słusznym wymaganiom. Na têm jednak nie koniec. Bo jakkolwiek zaraza morowa ustąpiła ze srogo doświadczonych okolic, to jednak wszystko nakazuje myśleć o przyszłości mogącéj sprowadzić wybuch nowych przyczyn żałoby, przerażenia i ostatecznéj ruiny i tak już zdziesiątkowanéj ludności. Dla zabezpieczenia się więc przed jéj strasznym powrotem wypada aż do przesady posunąć środki ostrożności. Nie dość więc będzie zniszczyć wszystkie przedmioty i cały materyjał podejrzany o zetknięcie się z zarodkiem zarazy. Wprawdzie to słowo „zarodek“ nie tłumaczy ani natury ani powstania złego, wskazując zaledwie swe wydzielenie się z osób zakażonych. Lecz te wydzieliny z wyższego ustroju, jakim jest człowiek, są tak liczne i tak rozmaite, że nasycając sobą wszystkie pierwiastki pozaustrojowe, jak powietrze, wodę, grunt, odzież, mieszkanie itd., być może, że przenikają i do wnętrza, do krwi i płynów, niebędących czém innêm jak wodą, owêm ogniskiem sprzyjającém powolnemu rozwijaniu się żyjątek przed dostaniem się ich do warstw powietrznych. Jeżeli jednak od téj teoryi nie zbyt popularnej i nielitościwéj w swêm ścisłêm zastosowaniu przejdziemy do praktyki, to cała kwestyja stanie się bardziéj prostą. Dzisiaj bowiem po ustąpieniu zarazy, byłoby stosownêm zmniejszyć nieco siłę ostrożności sanitarnych, praktykowanych w odległych punktach. Egipt dał już tego przykład ograniczając się do obserwowania 24-godzinnéj kwarantany dla statków przybywających z Bombaju i Jemenu. To samo prawdopodobnie uczyni i turecki Zarząd służby zdrowia. Jednak wypada się spodziewać, że ta wolność sanitarna nie zostanie rozciągniętą (jak to zwykle bywało) na towary podejrzane, jak wełna, skóry itd., które przez długi czas należy poddawać ścisłemu dozorowi. Takiemu postępowaniu przyklasną wszystkie umysły nie kierujące się samym tylko interesem, lecz mające na uwadze i zdrowie publiczne, kwestyję tak ważną dla każdego społeczeństwa.

Po ustąpieniu zarazy morowéj z okolic Mezopotamii, nie podlega teraz żadnéj wątpliwości, że porzecze Tygru i Eufratu, a mianowicie doliny Irak-Arabi, stanowi ognisko endemo-epidemiczne strasznéj téj plagi. Ponieważ zaś podług doświadczeń zebranych w ostatnich latach przekonano się, że choroba może odrodzić się ze swych popiołów, więc têż międzynarodowy Zarząd służby zdrowia postanowiłw jednêm z miejsc téj okolicy utrzymywać stale lekarza oznajomionego już z zarazą, któryby badał najlżejsze jéj zjawiska, zawiadamiając rząd natychmiast po dostrzeżeniu pierwszych pojawów. Za miejsce pobytu dla urzędnika służby zdrowia przeznaczono czasowo Nedżeff.

Wzmianką o powyższéj decyzyi zakończę pogląd na zarazę morową w roku 1881. Czynię to zaś z tym większym pośpiechem, że mam jeszcze opowiedzieć rozwój i przebieg innéj klęski niebezpieczniejszéj dziś dla Europy od tylko co wspomnianéj śmierci czarnéj. Plagą tą jest cholera wschodnia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 21 bm. posiedzenie, na którém fizyk miejski Dr. Buszek zdał sprawę z czynności załatwionych przez biuro lekarskie miejskie

od ostatniego zebrania się i podał cyfry odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w Krakowie w ostatnich tygodniach, z czego pokazuje się, iż nader pomyślny stan zdrowia publicznego utrzymuje się ciągle, i że choroby zakaźne pojawiają się bardzo rzadko a z przebiegiem łagodnym. R. m. Dr. Jordan poruszył sprawę trafiających się niekiedy nadużyć w sprzedaży wód mineralnych. Poruczono fizykowi miejskiemu przedstawić Komisyi wnioski celem dokładnego wykonania istniejących w téj mierze ustaw i przepisów.—R. m. Dr. Domański zdał sprawę z obecnego stanu sprawy wodociągowéj. Jak wiadomo poszukiwania wstępne przez p. inżyniera Władysława Klugera dokonane wykazały, iż wody gruntowéj dla wodociągów spodziewać się można jedynie w dolinach Białuchy, Rudawy i Sanki. Przystępując do poszukiwań szczegółowych bito w miejscach za odpowiednie uznanych studnie zwyczajne i czerpano z nich wodę do rozbioru chemicznego, którego z największą dla sprawy życzliwością podjął się prof. Stopczański. Jeżeli badanie chemiczne nie wykazało wody stósownéj, zaprzestawano dalszéj roboty i przenoszono się na inne miejsce; jeżeli zaś przeciwnie woda gruntowa okazała się dobrą, oznaczano dokładnie jéj ilość w danym gruncie tym sposobem, iż wybierano naprzód wielką studnię główną a w pewnych odległościach od niéj studnie poboczne. Następnie czerpano wodę pompą podwójną, poruszaną siłą czterech koni, i uważano na czas potrzebny do zupełnego wyczerpania wody oznaczonéj dokładnie co do ilości na czas potrzebny do powtórnego napełnienia się studni wodą i na zmianę zwierciadła wody w studniach pobocznych. Wypadek tych poszukiwań był następujący: woda gruntowa z doliny Białuchy ze wsi Pękowic i woda gruntowa z doliny Rudawy z pod skały Kmity zawierają w sobie w znacznéj ilości kwas azotowy i azotawy tudzież ślady amoniaku, a tém samém nie kwalifikują się całkiem do wodociągów; natomiast woda gruntowa z Baczyna z doliny Sanki okazała się znakomitą. Niestety ilość jéj jest za mała dla Krakowa, gdyż ścisłe badanie kilkakrotne wykazało niewątpliwie, iż dolina Sanki w Baczynie dostarczyć może na dobę zaledwie 2400 metrów sześc. wody, gdy Kraków potrzebuje w tym czasie koło 9000 m. sz. Nie ma przeto obecnie żadnéj nadziei, aby przyszłe wodociągi krakowskie można zaopatrywać wodą gruntową, a tém samém nie pozostaje nic innego, jak myśleć stanowczo o zaprowadzeniu wody źródlanéj. Komisyja wodociągowa uznała gruntowność prac i wywodów p. Klugera i postanowiła czekać na ukończenie trasy przyszłych wodociągów z Regulic do Krakowa, nad czém pracuje obecnie budownictwo miejskie, tudzież na plany i kosztorysy na podstawie téj trasy przez p. Klugera wygotować się mające. — Daléj doniósł r. m. Dr. Domański, iż przedłożył Radzie miejskiéj projekt instrukcyi dla miejskiéj służby zdrowia w Krakowie przez Komisyję sanitarną wypracowany, że go Rada miejska przyjęła *en bloc* na rok jeden dla wypróbowania i poczynienia w razie potrzeby zmian odpowiednich. Przedstawił następnie tenże radca miejski ułożony przez siebie na podstawie dawnego statutu a z uwzględnieniem teraźniejszych potrzeb i stosunków wypracowany projekt urządzenia komisyi sanitarnéj. Projekt ten przyjęto z bardzo nieznacznemi zmianami i postanowiono przedłożyć Radzie miejskiéj. Nakoniec wniósł tenże radca miejski, aby komisyja sanitarna wypracowała plan żywienia ubogich kosztem gminy podczas epidemii lub niedostatku. Wniosek ten jednomyślnie przyjęto i przekazano do opracowania wnioskodawcy w porozumieniu się z fizykiem miejskim.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 5—11 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 29,0 (21,4 z. t.). Z płonicy umarło 0 (1 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z wścieklizny 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach odry. W tygodniu od 29 października do 4go listopada w Londynie zapadło na ospę 7, umarło 0, leczyło się w szpitalach 76. W Wiedniu umarło z ospy 3, w Paryżu 4, w Granadzie 15, we Lwowie 13, w Warszawie 17, w Madrycie 23. Dur brzuszny złagodniał w Paryżu. Umarło 125 (173 z. t.); leczyło się w szpitalach 2085. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Maladze po 2, w Madrycie 4. W Aleksandryi umiera wiele osób z gorączki durzycowéj, z czerwonki i biegunki. W Malmoe złagodniała czerwonka. Zapadło na nią od 16—22 października 21.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 29 października do 4 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 21,4; we Lwowie 41,7; w Poznaniu 27,6; w Wiedniu 22,6; w Budapeszcie 22,8; w Pradze 25,9; w Tryjeście 25,2; w Berlinie 23,2; w Wrocławiu 27,2; w Gdańsku 26,0; w Mnichowie 25,6; w Dreźnie 22,4; w Lipsku 22,0; w Bazylei 16,3; w Brukseli 21,4; w Amsterdamie 21,8; w Hadze 19,0; w Paryżu 23,1; w Londynie 20,1; w Kopenhadze 22,5; w Stokholmie 23.8; w Chrystyjanii 16,2; w Odesie 30,7; w Wenecyi 31,1; w Bukareszcie 27,6; w Madrycie 34,8; w Lizbonie 28,9; w Aleksandryi 50,8; w Bombayu 27,1; w Madrasie 35,0. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 listopada. D. 18 bm. odbyło się w Tow. lek. warsz. uroczyste uczczenie 25-letnich zasług Dra Wiktora Szokalskiego na urzędzie sekretarza stałego oraz członka zarządzającego kasą wsparcia. Prezes Tow. Dr. Orłowski wręczył jubilatowi dyplom na Członka honorowego, a wiceprezes Dr. Gepner odsłonił portret jego, pędzla Horowitza, odznaczający się łudzącém podobieństwem, poczém Dr. Kośmiński śród oklasków zebranych lekarzy i przyrodników w dłuższém przemówieniu przedstawił szczegóły z życia jubilata. Po téj uroczystości udano się na wieczerzę, podczas któréj liczne wznoszono toasty, i zebrano kwotę 150 rubli, mającą stanowić fundusz na założenie pracowni mikroskopowéj dla celów sanitarnych. Wreszcie redakcyja *Gaz. Lek.* ogłosiła konkurs na najlepszą bijografiję Szokalskiego, przeznaczając na ten cel honoraryjum 150 rubli. *(Kur. Warsz.)*

Żałować wypada, że Tow. lekarskie krakowskie nie otrzymało zawiadomienia o dniu, w którym uroczystość ta odbyć się miała; byłoby ono zapewne korzystało ze sposobności, aby szan. Jubilatowi, a swemu Członkowi honorowemu, dać ponowny dowód swego wysokiego poważania. Nie pozostaje nam więc, jak choć *post festum* wynurzyć szan. Jubilatowi i swoje serdeczne życzenia i zapewnić Go, że uczucia, którym w tak świetny sposób dali wyraz koledzy warszawscy, podzielają w zupełności i lekarze galicyjscy. Bodajby więcéj było u nas takich pracowników nieznużonych, prawdziwie zasłużonych, a zarazem tak skromnych, jak czcigodny nasz Szokalski!

* Otrzymaliśmy pismo następujące:

Szanowny Panie Redaktorze!

Przeglądając nowsze prace wchodzące w zakres mojego zawodu z prawdziwą przyjemnością wziąłem do ręki publikacyję polską p. t.: „Niedole dziecięce", wydaną w bieżącym roku w Warszawie w drukarni Noskowskiego (str. 274), a która jest owocem zbiorowéj pracy pp. Goltza, Moldenhawera, Markiewicza, Kosmowskiego i Wierzchlejskiego. Nie tu jest miejsce, abym podawał szczegółową ocenę całéj téj publikacyi, któréj zalety uznały już nasze pisma peryjodyczne. Nie mogę jednak pominąć milczeniem rozdziału odnoszącego się do zakładów leczniczych dla dzieci podanego przez Dra Wiktora Kosmowskiego (Rozdział 10, str. 185), albowiem ta część dzieła nas lekarzy może najwięcéj obchodzi.

Przeczytawszy artykuł ten zdziwiłem się, że Dr. Kosmowski podając szczegółowe opisy licznych szpitali dziecięcych na obu półkulach ziemi, ani jednêm słowem nie wspomniał o istnieniu takichże szpitali u nas (w Krakowie, Poznaniu i Lwowie). Lecz zdziwienie moje rozwiało się po chwili, gdy sobie przypomniałem, że podobny opis historyczny szpitali dziecięcych już gdzieś czytałem, a dopomagając pamięci wziąłem do ręki dzieło Gerhardta: „*Handbuch der Kinderkrankheiten*" Tom I z r. 1877, z którego przekonałem się, że artykuł Dra Kosmowskiego jest dosłownem tłumaczeniem pracy prof. Rauchfussa, wydanéj w powołaném dziele pod tytułem: „*Zur Geschichte der Kinderheilkunde*" od str. 467 do 478. Ponieważ w rozprawie téj prof. Rauchfussa nie ma wzmianki o szpitalach dla dzieci znajdujących się w krajach polskich, naturalną więc jest rzeczą, że i w dosłownêm tłumaczeniu o nich mowy być nie mogło.

Nie czyniąc żadnego zarzutu Drowi Kosmowskiemu z tego tytułu, że uznał za stósowne przełożyć na język polski znakomitą i przez ludzi zawodowych wysoko cenioną pracę prof. Rauchfussa, nie mogę jednak pominąć następujących uwag.

W tłumaczeniu dosłownêm prac naukowych z obcego języka przyjętym jest powszechnie zwyczaj, że o têm zawiadamia tłumacz czytelników, mniéj obeznanych z literaturą przedmiotu. Dr. Kosmowski wprawdzie na początku artykułu swego (str. 186) podaje w odsyłaczu, że „szczegóły historyczne poczerpnięte są z pracy Rauchfussa“. Mojêm zdaniem na owêm miejscu należało zaznaczyć, iż cały artykuł z wyjątkiem opisu szpitali warszawskich jest dosłownêm tłumaczeniem pracy Rauchfussa.

Jeżeli Dr. Kosmowski pragnął zapoznać szerszą publiczność z historyją zakładów dla dzieci, to z zadania swego byłby się wywiązał o wiele lepiéj biorąc do przekładu nie starsze wydanie Gerhardta z roku 1877, lecz nowsze z roku 1881. W têm nowêm wydaniu w poszycie IV znajduje się uzupełniona i gruntowniéj obrobiona praca prof. Rauchfussa, odnosząca się do zakładów leczniczych dla dzieci. Z tego to nowszego źródła literatury niemieckiéj sporządzone tłumaczenie dałoby sposobność naszéj publiczności polskiéj miłującéj dziatwę dowiedzenia się nie tylko o istnieniu szpitali dla dzieci w Paryżu, Londynie, o stacyi nadmorskiéj w Via-Reggia, o pływającym na okręcie szpitalu w Nowym Yorku, ale także (co zapewneby wielu z naszych czytelników obchodziło) o istnieniu odpowiednio urządzonych, a przez niemieckiego autora należycie ocenionych szpitali dla dzieci w Krakowie, Poznaniu i Lwowie.

Z poważaniem

Kraków d. 20 listopada 1882 r. Dr. Maciej Leon Jakubowski.
profesor kliniki pedyjatrycznéj,
dyrektor szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

* W sprawie Tisza-Eszlarskiéj otrzymaliśmy bardzo obszerny akt, wystosowany przez obrońców do Sądu z zażaleniem przeciw niewłaściwemu postępowaniu sędziego śledczego. Akt ten zawiera także ostrą krytykę sprawozdania lekarskiego z sekcyi sądowéj, odbytéj w d. 19 czerwca r. b. na zwłokach kobiety, znalezionéj w Cisie. Jakkolwiek przed kilku już tygodniami otrzymaliśmy ze źródła bardzo poważnego szczegóły, tyczące się owéj sekcyi, to jednak, przywykli do karności sądowéj i mając w pamięci przepis obowiązujący w zachodniéj połowie monarchii, według którego nie wolno ogłaszać żadnych wiadomości o dochodzeniu, dopóki ono nie jest ukończonêm, nie korzystaliśmy z udzielonych sobie wiadomości, w przypuszczeniu, że i we wschodniéj połowie monarchii podobny obowiązuje przepis. Pokazuje się jednak, że w Węgrzech wszystko się dzieje inaczéj, aniżeli u nas, albowiem wspomnione wyżéj zażalenie obrońców, będące właściwie aktem oskarżenia sądownictwa węgierskiego, opiera się głównie na orzeczeniu prof. chirurgii w Budapeszcie, Dra Kovacsa, wydanêm na żądanie obrony, na orzeczeniu drukiem ogłoszonêm a ostro dosyć krytykującêm sprawozdanie znawców, wezwanych do sekcyi. Nadto temi dniami ukazała się w Budapeszcie broszura niejakiego Dra Glaudiusa (może pseudonima), król. lekarza sądowego, która sprawozdanie to jeszcze ostrzejszéj poddaje krytyce. Wreszcie w Nrze 46 *W. med. Blätter*, który nas właśnie doszedł, znajdujemy protokół sekcyjny i orzeczenie pierwszych znawców, oraz opiniję prof. Kovacsa, dosłownie podane, razem z kilku uwagami wstępnemi pod szumnym nieco tytułem: „Sprawa Tisza-Eszlarska w obec medycyny sądowéj“. Wypadałoby raczéj napisać, „w obec medycyny sądowéj w Węgrzech“, bo sąd każdego nieuprzedzonego musi być potępiającym. Dochodzenie sprawy tak głośnéj powierzono młodzieńcowi, który nawet nie jest sędzią, który do oględzin pośmiertnych trupa, będącego głównêm licem, zawezwał dwóch doktorów medycyny, z których atoli jeden jest — dentystą! Orzeczenie tych dwóch znawców sądowych dowodzi, że nie mieli niestety pojęcia o całêm brzemieniu zadania, którego się podjęli zapewne w dobréj wierze, i że zapewne nigdy jeszcze nie odbyli sekcyi trupa z wody wydobytego; dowodzenie pozbawionêm jest podstawy umiejętnéj od początku do końca. Rzecz jednak dziwniejsza, że Sąd nie zasięgnął zdania Wydziału lekarskiego w Budapeszcie; zdaje się, że we wschodniéj połowie monarchii pomijają Wydział nawet w sprawach tak ważnych. Pozostawiono obrońcy udać się ze swéj strony po zdanie do jednéj ze znakomitości peszteńskich; katedra medycyny sądowéj w Budapeszcie od dwóch lat prawie jest opróżnioną po śmierci prof. Ruppa; obrońca więc udał się do prof. chirurgii. Kovacs wytknął liczne usterki w sprawozdaniu sądowo lekarskiêm, ale pomimo wszelkiego poważania dla chirurga budapeszteńskiego, nie zgadzamy się z nim co do kilku ważnych szczegółów. Powiedzielibyśmy niemal, że obrońcy i ze stanowiska sądowo-lekarskiego rzecz lepiéj przedstawiają, aniżeli prof. Kovacs, a ztąd domyślamy się, że musieli się radzić znawcy, którego nie wymieniają, zapewne dla tego, że nie jest Węgrem. Bądźjakbądź sprawa tisza-eszlarska odsłoniła całą nieporadność sądów węgierskich i znawców tamecznych; u nas sprawa podobna już dawno by była załatwioną, a orzeczenie lekarskie licowałoby z zasadami nauki i byłoby bezwzględnie przedmiotowêm. Pod względem sądowo-lekarskim dowodzi ta sprawa, że do ocenienia przypadków ważniejszych nie wystarcza doświadczenie pierwszego lepszego praktyka, ani nawet wiedza znakomitości chirurgicznéj; że do tego potrzeba doświadczenia zawodowego, którego brak (bo nie przypuszczamy złéj woli) spaczył śledztwo, zwróciwszy je na mylne tory. Obrona żąda ekshumacyi zwłok i ponownych oględzin przez znawców kompetentnych; jakkolwiek po upływie pół roku prawie oględziny wykonać się mające na zwłokach mocno zgniłych nie obiecują wielkiego rezultatu, to jednakowoż badanie dokładne kośćca może być skutecznêm przynajmniéj pod względem oznaczenia wieku, a więc przyczynić się do stwierdzenia tożsamości; czy Sądy węgierskie przyznawszy się otwarcie do popełnionego błędu zarządzą oględziny ponowne i czynność tę poruczą odpowiednim znawcom, dowiemy się niezadługo[1]).

* **N. York** Znakomity nerwopatolog Séguin dotknięty został katastrofą familijną. W napadzie obłąkania żona zastrzeliła troje dzieci swoich a potêm siebie samą. Séguin podobno nie wiedział, że żona jego jest obłąkaną.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin** Prof. Virchow odzyskał zdrowie, a nawet już zaczął wykładać. — Klinika Frerichsa ma dodanych sobie 3ch asystentów, między nimi dwóch jest profesorów: Ehrlich i Brieger; 3cim jest Dr. Kroenig. W klinice Leydena 4ch jest asystentów; w zakładzie anatomii patologicznéj także 4ch, z których jeden jest profesorem (Salkowski), a wszyscy znani powszechnie w nauce (Israel, Grawitz i Jürgens).

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Zygmunt Michał Prus Kniaziołucki ze Strzałkowic w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Wiedniu umarł temi dniami w 67 roku życia Dr. Karol Stiasny, któremu przyznać należy wątpliwą zasługę, że przed 40 laty był pierwszym w Wiedniu lekarzem, który zaczął ogłaszać się w dziennikach politycznych jako specyjalista w „chorobach tajemnych“ i przez długi szereg lat bez przerwy z anonsami jego można się było spotykać we wszystkich prawie dziennikach stolicy.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 46: Wady rozwojowe organów moczopłciowych: Brochockiego, Wasserzuga i Matlakowskiego: *Ectopia vesicae urinariae* (3 przypadki); Jasińskiego: Przewlekłe ropnie okostnéj, próchnienie trzonu kręgowego (dok.); Pawińskiego: Przyczynek do nauki o powstawaniu zmęczenia mięśni serca (dok.). — W *Medycynie* Nr. 46: Obalińskiego: Zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób w klinice chirurgicznéj Uniw. Jag. w r. 1881/2 (c. d.); Talki-Hryncewicza: Ośmiodniowe zatrzymanie główki i łożyska 8-miesięcznego płodu bez żadnego odczynu w jamie macicznéj.

[1]) W numerze przyszłym powrócimy do téj sprawy i ocenimy ją ze stanowiska sądowo-lekarskiego.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.